

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Birgitt Bender, Katrin Göring-Eckardt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/2557 –**

Zunahme von psychischen Erkrankungen

Vorbemerkung der Fragesteller

In den letzten Jahren haben die gesetzlichen Krankenkassen vermehrt über die Zunahme von psychischen Erkrankungen ihrer Versicherten berichtet. Diese Darstellung bezieht sich in der Regel auf einen Anstieg der krankheitsbedingten Fehltag. Krankheiten der Psyche und Verhaltensstörungen führen aber auch zu einem Anstieg der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung. Im Jahr 2008 betrug der Anteil von Frühberentungen wegen einer psychischen Erkrankung 57 409 Fälle von insgesamt 161 265 Rentenzugängen (Tabelle Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung, vgl. www.gbe-bund.de).

Ob psychische Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten zugenommen haben oder nur die Anzahl der behandelten Fälle, kann nicht mit aktuellen Belegen überprüft werden. Denn die Daten der Krankenkassen beziehen sich regelmäßig auf die behandelte Prävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Stichprobenuntersuchungen in der Allgemeinbevölkerung zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen wurden zuletzt im Kontext des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“, Wittchen & Jacobi 2005, Jacobi et al. 2004) veröffentlicht.

Rund 10 Prozent der Ausgaben im Gesundheitswesen werden für die Behandlung von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen als direkte Kosten aufgewendet. Ob diese Aufwendungen sinnvoll ausgegeben werden und es im internationalen Vergleich bessere Versorgungsstrukturen gibt, lässt sich derzeit ebenso wenig schlüssig beantworten.

Trotz der alarmierenden Entwicklung wird nicht erkennbar, welche Ziele die Bundesregierung bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verfolgt.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Psychische Erkrankungen und allgemein das Thema psychische Gesundheit haben sich in Deutschland, aber auch in den meisten anderen hochentwickelten Ländern zu einer großen Herausforderung im Bereich der öffentlichen Gesundheit entwickelt. Dies zeigt eindrücklich die von den Fragestellern vorgetragene erhebliche Zunahme diagnostizierter psychischer Erkrankungen in den Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Rentenversicherung der letzten zehn Jahre. Daraus lassen sich jedoch keine Rückschlüsse auf die Entwicklung der bevölkerungsbezogenen Erkrankungsraten (Prävalenzen) bzw. der Neuerkrankungsraten (Inzidenzen) psychischer Störungen ziehen, da hierzu keine repräsentativen epidemiologischen Langzeitstudien vorliegen. Es wird allerdings angeführt, dass der wachsende Anteil psychischer Erkrankungen in den Diagnosestatistiken der Sozialversicherung eine in den letzten zehn bis 15 Jahren verbesserte Entdeckungsrate zum Ausdruck bringt, z. B. aufgrund einer inzwischen erhöhten ärztlichen und psychotherapeutischen Diagnose- und Behandlungskompetenz oder auch infolge der schrittweise gelingenden Enttabuisierung psychischer Symptome und Leiden durch eine erfolgreiche staatliche und zivilgesellschaftliche Öffentlichkeitsarbeit. Diese Entwicklung ist aus gesundheitspolitischer und Public-Health-Sicht positiv zu werten. Allerdings stellt der damit einhergehende hohe Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung das Gesundheits- und Sozialsystem, sowie Bund und Länder vor neue Herausforderungen.

Als Grundlage für die mittel- und langfristige Planung und Steuerung der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung durch Bund und Länder hält die Bundesregierung die Schließung relevanter Datenlücken zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen sowie zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens durch psychisch erkrankte Menschen für notwendig. Von Bedeutung sind neben der epidemiologischen Forschung auch die weitere Erforschung der Entstehungsmechanismen psychischer Störungen, der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie die Versorgungsforschung, die die Bundesregierung in den entsprechenden Förderschwerpunkten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) initiiert und unterstützt.

Zudem setzt die Bundesregierung auf die Umsetzung geeigneter Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene und die diesbezüglichen Maßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, die die Förderung der psychischen Gesundheit zu einem vorrangigen Präventionsziel der betrieblichen Gesundheitsförderung erklärt haben. Weiter sind die Versorgungskonzepte durch die medizinisch-wissenschaftliche Fachwelt nach den Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin weiterzuentwickeln und durch die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung unter Berücksichtigung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten umzusetzen. Die Bundesregierung wird die notwendigen Entwicklungen in der Versorgung durch flankierende Projekt- und Modellförderungen im Dialog mit den Ländern unterstützen und – da wo nötig – auch Anpassungen der sozialgesetzlichen Rahmenbedingungen auf den Weg bringen.

1. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der Bundespsychotherapeutenkammer, dass valide und systematische wissenschaftliche Erkenntnisse fehlen, die Auskunft über eine steigende Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen in Deutschland über die letzten zehn Jahre geben könnten?

Die Bundesregierung teilt diese Einschätzung.

2. Wann ist die nächste Welle des Bundes-Gesundheitssurveys geplant, und wann werden Ergebnisse dazu vorgelegt?

Ist darin die Erhebung von psychischen Störungen eingeschlossen?

Im Rahmen des Aufbaus eines kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut wurde bereits im November 2008 mit einer neuen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) begonnen (www.rki.de/degs). Die Datenerhebung erstreckt sich über drei Jahre (11/2008 bis 10/2011). Da diese Studie erstmals auch eine Längsschnittkomponente umfasst (Einladung aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer des BGS98) wird es auch möglich sein, typische Krankheitsverläufe und – aufgrund limitierter Fallzahlen in begrenztem Umfang – auch Neuerkrankungsraten (Inzidenzen) darzustellen. Im Rahmen des kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings sind eine longitudinale Weiterbeobachtung der DEGS-Kohorte sowie wiederkehrende repräsentative Querschnittserhebungen zur Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland vorgesehen. Zur Erfassung psychischer Störungen dient ein spezifisches Zusatzmodul des DEGS, mit welchem erstmals zusätzliche Informationen zur störungsspezifischen Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens gewonnen werden können.

3. Welche anderen Forschungsvorhaben wurden bereits eingeleitet und verabredet, um den Erkenntnisstand zu verbessern?

Derzeit wird von einem großen Teil der Epidemiologen in Deutschland eine bevölkerungsbezogene Kohortenstudie („Nationale Kohorte“) geplant, in deren Rahmen 200 000 gesunde Bürger über einen Zeitraum von ca. 20 Jahren beobachtet werden sollen. Diese Studie soll Antworten auf eine Vielzahl epidemiologischer Fragen zu Volkskrankheiten liefern. Darin werden auch psychische Erkrankungen eingeschlossen sein.

2012 steht der nächste regelmäßig wiederholte Suchtsurvey zum Konsum von Alkohol, illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren sowie zum Ausmaß von pathologischem Glücksspiel an. Er erlaubt eine Schätzung der Belastung der Bevölkerung durch psychoaktive Substanzen.

Das Robert Koch-Institut ist zudem an folgenden weiteren Forschungsvorhaben zur Verbesserung der Informations- und Datenlage zu psychischen Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung beteiligt:

- Quality indicators in mental health care – a comparison across German Federal State;
- Auswertungen von Daten des Survey zu Retirement and Health in Europe (SHARE) zum Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit bei älteren Europäern;
- Expert Group zum European-Health-Interview-Survey Modul (EHIS) – zu Mental-Health.

4. Wie viele Fördermittel sind in den letzten 10 Jahren für die Ermittlung epidemiologischer Daten zu psychischen Störungen geflossen?

Im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung wurden in den letzten zehn Jahren aus Mitteln des BMBF epidemiologische Daten zu psychischen Störungen primär im Förderschwerpunkt „Suchtforschung“ erhoben, der mit insgesamt 21 Mio. Euro gefördert wurde. Im Zeitraum von 2000 bis 2010 entfielen ca. 4 Mio. Euro auf Projekte mit epidemiologischen Fragestellungen zu Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit.

Weitere ca. 1 Mio. Euro wurden im Rahmen anderer Förderschwerpunkte für die Erhebung epidemiologischer Daten verwendet.

Daneben sind in den letzten zehn Jahren Fördermittel des BMG in Höhe von insgesamt rund 5 Mio. Euro in die Ermittlung epidemiologischer Daten zu psychischen Störungen (einschließlich Störungen durch psychotrope Substanzen) geflossen.

5. Wie viele Mittel wurden in den letzten 10 Jahren für die Grundlagenforschung zur Entstehung psychischer Erkrankungen aufgewendet?

Die Grundlagenforschung wird u. a. über Bundes- und Landesmittel durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die Helmholtz Gemeinschaft, die Max-Planck-Gesellschaft, die Leibniz-Gemeinschaft, die Fraunhofer Gesellschaft sowie durch die Projektförderung des BMBF finanziert. Die Erfassung der Gesamtheit der zur Erforschung psychischer Erkrankungen bereitgestellten Mittel aller Forschungs- und Fördereinrichtungen innerhalb der letzten zehn Jahre ist in der Kürze der für die Beantwortung der Anfrage zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich. Die in der Projektförderung des BMBF für Lebenswissenschaften bereitgestellten Mittel sind in der Antwort zu Frage 6 dargestellt.

6. Welche Mittel flossen in diesem Zeitraum in die Erforschung von
- a) sozialen,
 - b) biologischen,
 - c) genetischen
- Faktoren psychischer Störungen?

Die Gesamtsumme der im Zeitraum von 2000 bis 2010 in der Projektförderung des BMBF für Lebenswissenschaften bereitgestellten Fördergelder für die biomedizinische Erforschung der Ursachen und des Krankheitsverlaufs psychischer Erkrankungen beläuft sich auf 57,6 Mio. Euro (institutionelle Förderung ist hierin nicht enthalten). Hierbei ist eine klare Abgrenzung zwischen sozialen, biologischen und genetischen Faktoren oft nicht möglich, da gerade psychische Erkrankungen ein Beispiel für das Zusammenwirken von genetischen und Umweltfaktoren darstellen. Bei den unten genannten Zahlen handelt es sich daher um Schätzwerte in dem Bemühen, die Frage differenziert zu beantworten.

Die Mittel wurden in folgenden Fördermaßnahmen zur Verfügung gestellt:

1. In den Kompetenznetzen „Schizophrenie“ (1999 bis 2010) und „Depression, Suizidalität“ (1999 bis 2009) wurden Fördermittel in Höhe von etwa 11,9 Mio. Euro zur Aufklärung der oben genannten Faktoren verwandt. Hiervon entfielen auf die Erforschung genetischer Faktoren 4,5 Mio. Euro, auf andere biologische Faktoren ca. 4,5 Mio. Euro, auf soziale Faktoren ca. 2,9 Mio. Euro.
2. In dem Förderschwerpunkt „Suchtforschung“ entfielen ca. 1 Mio. Euro auf die Charakterisierung biologischer Faktoren.
3. In dem Förderschwerpunkt „Psychotherapie“ werden fünf bundesweite Verbände zur Erforschung von Angststörungen, Essstörungen, bipolaren Erkrankungen, psychotischen Störungen und ADHS unterstützt. Insgesamt beläuft sich die Fördersumme für diese Maßnahme auf 25 Mio. Euro über sechs Jahre. Hierbei werden zur Erforschung genetischer Faktoren bzw. anderer biologischer Faktoren jeweils ca. 5 Mio. Euro aufgewendet.

4. Projekte des Deutschen Humangenomprojektes (1995 bis 2004) sowie des Nationalen Genomforschungsnetzes NGFN (seit 2001) zielen auf die Identifizierung und Charakterisierung krankheitsrelevanter Gene. Für psychische Erkrankungen wurden seit dem Jahr 2000 Fördergelder in Höhe von 21,7 Mio. Euro bereitgestellt.
5. Die Erforschung psychischer Störungen wurde in weiteren Fördermaßnahmen mit Bundesmitteln in Höhe von 14 Mio. Euro im angefragten Zeitraum gefördert. Es entfielen ca. 7,1 Mio. Euro auf die Erforschung sozialer Faktoren sowie ca. 6,9 Mio. Euro auf die Charakterisierung biologischer Faktoren.

Mittel zur Erforschung der verschiedenen Formen von Demenzerkrankungen sind in den oben dargestellten Summen nicht enthalten. Es handelt sich nach der ICD10-Klassifizierung dabei um organische Störungen der Psyche aufgrund neurodegenerativer oder vaskulärer Hirnerkrankungen.

7. Welche Mittel flossen in diesem Zeitraum in die Erforschung von Behandlungsmöglichkeiten, die an
 - a) sozialen,
 - b) biologischen,
 - c) genetischenFaktoren psychischer Störungen ansetzen?

Die meisten der in der Antwort zu Frage 6 genannten Projektfördermaßnahmen des BMBF beinhalten einen starken therapeutischen Aspekt. Die Gesamtsumme der im Zeitraum 2000 bis 2010 zur Erforschung von Behandlungsmöglichkeiten im Förderschwerpunkt der Lebenswissenschaften des BMBF bereitgestellten Mittel beläuft sich auf 60 Mio. Euro (institutionelle Förderung ist hierin nicht enthalten). Eine Unterscheidung zwischen sozialen, biologischen und genetischen Faktoren wird hier nicht vorgenommen:

1. Fördermaßnahme „Klinische Studien“: Studien zur Depression und Schizophrenie: insgesamt 7,3 Mio. Euro.
2. Kompetenznetze „Schizophrenie“ und „Depression, Suizidalität“: 17,8 Mio. Euro.
3. Förderschwerpunkt „Psychotherapie“: etwa 15 Mio. Euro.
4. Förderschwerpunkt „Suchtforschung“ 16,5 Mio. Euro.
5. Darüber hinaus wurde die Erforschung und Entwicklung von Behandlungsansätzen im Kontext psychischer Erkrankungen in weiteren Fördermaßnahmen in Höhe von 3,4 Mio. Euro gefördert.

8. Wie viele Mittel flossen im selben Zeitraum in die Versorgungsforschung zur Behandlung psychischer Erkrankungen?

Die Gesamtsumme der in der Projektförderung des BMBF im Zeitraum 2000 bis 2010 zur Versorgungsforschung bereitgestellten Mittel beläuft sich auf etwa 16,2 Mio. Euro und unterteilt sich wie folgt:

1. Im Rahmen der gemeinsamen von Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, dem BMBF und dem BMG durchgeführten Förderung von Projekten der Versorgungsforschung wurden von 2001 bis 2007 Forschungsprojekte zu psychischen Erkrankungen mit 1,1 Mio. Euro gefördert.

2. In dem als Nachfolgemaßnahme vom BMBF gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (RV), den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene (GKV) sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) eingerichteten Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung“ werden seit 2007 1,4 Mio. Euro für dreijährige Forschungsvorhaben zur Behandlung und Rehabilitation psychisch Kranker aufgewendet. Eine Fortsetzung für weitere drei Jahre ist geplant.
3. Versorgungsaspekte werden auch in einigen der in der Antwort zu den Fragen 6 und 7 bereits angeführten Fördermaßnahmen beforscht, insbesondere in dem Förderschwerpunkt „Psychotherapie“ und in den Kompetenznetzen „Schizophrenie“ und „Depression und Suizidalität“. Die hierfür bereitgestellten Mittel belaufen sich auf insgesamt etwa 13,7 Mio. Euro.

Daneben sind in den letzten zehn Jahren Fördermittel des BMG in Höhe von insgesamt 34,8 Mio. Euro in die Versorgungsforschung zu psychischen Erkrankungen geflossen.

9. Wie haben sich Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen, getrennt nach einzelnen Krankheitsbildern, Altersgruppen und Geschlecht sowie ethnischer Herkunft und sozialem Status (Bildungsniveau, Einkommen), in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Diese Daten fehlen bislang (siehe Frage 1).

10. Wie viele Patientinnen und Patienten gelten als chronisch psychisch Kranke?
 - a) Wie hat sich die Fallzahl in den letzten zehn Jahren entwickelt?
 - b) Auf welche Krankheitsbilder verteilen sich diese Fallzahlen?

Aus den amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lässt sich die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit chronischen psychischen Krankheiten in dem hier formulierten Sinn nicht ableiten. Über die Krankenhausdiagnosestatistik werden Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern z. B. nach Hauptdiagnosen erfasst. Es ist nicht möglich, daraus Aussagen über chronisch psychisch Kranke abzuleiten.

11. Wie lange ist die Dauer einer unbehandelten schweren psychischen Störung, nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozialem Status,
 - a) bei Depressionen,
 - b) bei Angsterkrankungen,
 - c) bei der Schizophrenie,
 - d) bei Abhängigkeitserkrankungen,
 - e) bei somatoformen Erkrankungen?

Zu unbehandelten Störungen können keine Aussagen mit den gewünschten Stratifizierungen getroffen werden. Die Dauer einer psychischen Erkrankung an sich unterliegt bereits einer ausgesprochen hohen interindividuellen Variabilität. Manche Betroffenen erkranken nur episodisch kurzzeitig über wenige Wochen oder Monate, andere dagegen erkranken chronisch, d. h. über Jahre oder sogar über die gesamte Lebensspanne von der Kindheit und Adoleszenz bis ins hohe Alter. Die in Frage 11a bis 11e genannten Erkrankungen stellen die weiteren Diagnosegruppen dar, unter denen unterschiedliche spezifischere Diagnosen mit sehr unterschiedlichen Verlaufsformen subsumiert werden.

12. Wie hoch ist die Prävalenz und Inzidenz von psychischen Erkrankungen unter den Arbeitslosen, getrennt nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund,
- die Arbeitslosengeld I beziehen,
 - Arbeitslosengeld II beziehen?

Zahlen enthält der Gesundheitsreport 2008 der Techniker Krankenkasse (TK). Nach dortigen Auswertungen der Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen bestand im Jahre 2006 bei 280,4 von 1 000 ALG-I-Empfängern und bei 366,7 ALG-II-Empfängern die Diagnose einer psychischen Störung. Daten in der wie oben gewünschten Differenzierung liegen der Bundesregierung nicht vor.

13. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die psychische Gesundheit von Erwerbslosen zu verbessern?

Da die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ein wesentlicher Faktor für psychische Gesundheit und soziales Wohlbefinden der Menschen ist, zielen grundsätzlich alle Arbeitsförderungsmaßnahmen der Bundesregierung mittelbar auch auf die Stärkung der psychischen Gesundheit von Erwerbslosen. Zudem wird die Gesundheitsförderung als Bildungsaspekt in den arbeitsfördernden bzw. rehabilitativen Maßnahmen der Bundesagentur bzw. der SGB-II-Träger zunehmend berücksichtigt. Dies entspricht der Erkenntnis, dass sich Gesundheitsförderung und Vermittelbarkeit gegenseitig günstig beeinflussen.

Auch die psychische Gesundheit bzw. psychische Erkrankungen gewinnen dabei zunehmend an Bedeutung. Beispiele für vorbildliche Projekte sind:

- Projekt „Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung (AmigA)“ (Mittelmärkische AG zur Integration in Arbeit);
- Projekt Job Fit NRW (IAG Gelsenkirchen, ARGE Münster, ARGE Köln, ARGE Unna, JobAgentur Ennepe-Ruhrkreis);
- Projekt „SUPPORT 25“ (JobCenter Essen);
- Projekt „Fifty Fit“ (JobAgentur Ennepe-Ruhrkreis);
- Projekt „JobPromote“ (ARGE Köln);
- Projekt „proaktiv“ (ARGE Rhein-Erft);
- Projekt „JobFit-fit & aktiv in den Arbeitsmarkt“ (Hochsauerlandkreis)

(Quelle NRW: www.infoportal-praevention.nrw.de).

Das BMG hat in den Jahren 2006 bis 2009 das Projekt FAIRE gemeinsam mit dem Land Rheinland-Pfalz gefördert. Ziel des Projektes war es, die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Suchterkrankungen zu verbessern. Aus den Ergebnissen der Modellarbeit sind praxisorientierte Handlungsleitlinien für die Fachkräfte im Bereich des Schnittstellenmanagements zwischen Rehabilitation und Arbeitsmarktintegration entwickelt und als Arbeitshilfen zur Verfügung gestellt worden.

14. Wie haben sich die Kosten zur Behandlung von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen (ICD-10), getrennt nach Jahren, Geschlecht, Altersgruppe, sozialer und ethnischer Herkunft, in den letzten zehn Jahren

Die Krankheitskosten nach Diagnosen, Geschlecht und Alter wurden vom Statistischen Bundesamt erstmalig 2002 veröffentlicht, sie erscheinen zweijährig und das letzte zur Verfügung stehende Jahr ist 2006. Die Krankheits-

kosten beinhalten die Ausgaben der GKV, der privaten Krankenversicherung, der privaten Zahler und aller anderen Kostenträger, wie z. B. des Staates. Die Ausgaben insgesamt für psychische und Verhaltensstörungen lagen 2006 bei 11,3 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Im Vergleich zu 2002 sind sie um 14,0 Prozent gestiegen, auf 26,657 Mrd. Euro.

- a) in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte,
- b) in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten – bitte getrennt nach ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten –,
- c) in der klinischen Versorgung – bitte getrennt nach stationärer psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung –,

Die gewünschte Kostendifferenzierung ist aufgrund der vorliegenden Daten nicht möglich. Betrachtet man die Ausgaben nach Geschlecht, so sind die Männer anteilig an den Gesamtausgaben mit 9,8 Prozent etwas unter dem Durchschnitt. Einen hohen Zuwachs der Ausgaben von 2002 auf 2006 gibt es bei den Ausgaben für Arzneimittel bei psychischen und Verhaltensstörungen um 70 Prozent und fast 92 Prozent bei Schizophrenie. Auch die Depression ist mit 618 Mio. Euro und einem Zuwachs von 38,9 Prozent in diesen vier Jahren kein frauenspezifisches Krankheitsbild mehr. Bei den Frauen ist die Depression mit 3,246 Mrd. Euro die teuerste Diagnose. Die Ausgaben für diese Krankheit stiegen von 2002 bis 2006 um 15,8 Prozent an, davon für die Leistungen von Krankenhäusern in demselben Zeitraum um plus 23,5 Prozent.

- d) in der gesundheitlichen Rehabilitation,

Die gewünschten Daten lassen sich nur zum Teil den Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Bund entnehmen. Danach betragen die Kosten für Leistungen zur psychosomatischen Rehabilitation im Jahr 2000 insgesamt 883 Mio. DM (entsprechend rund 451 Mio. EUR) bei 84 008 durchgeführten Leistungen und stiegen bis zum Jahr 2009 auf 679 Mio. Euro bei 115 339 durchgeführten Leistungen an. Die Kostensteigerungen sind, neben der zunehmenden Anzahl durchgeführter Leistungen, auch auf Kostensteigerungen bei den Pflegesätzen, den Reisekosten sowie auf erhöhte Aufwendungen für Übergangsgelder aufgrund der Bruttolohnsteigerungen zurückzuführen.

Im Jahr 2000 entfielen 29 234 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Erkrankungen auf Männer und 54 765 auf Frauen. Im Jahr 2009 entfielen 40 532 Leistungen auf Männer und 74 807 auf Frauen. Nach den Statistiken nehmen Frauen häufiger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Störungen in Anspruch. Männer nehmen dagegen weit aus häufiger Leistungen wegen Abhängigkeitserkrankungen in Anspruch. Während im Jahr 2000 das durchschnittliche Alter männlicher Rehabilitanden in der medizinischen Rehabilitation wegen psychischer Störungen bei 46 Jahren und bei weiblichen Rehabilitanden bei 45,3 Jahren lag, erhöhte es sich bis zum Jahr 2009 leicht auf 47,3 Jahre bei Männern und 47,1 Jahre bei Frauen.

Weitergehend differenzierende Daten im Sinne der Fragestellung liegen der Bundesregierung nicht vor.

- e) im Bereich der pharmakologischen Behandlung – bitte getrennt nach stationärer und ambulanter Versorgung entwickelt?

Der Arzneiverordnungsreport berichtet jährlich über die Arzneimittelausgaben in der ambulanten Versorgung. Er unterscheidet in seiner Darstellung von Ver-

ordnungs- und Umsatzzahlen jedoch weder nach Geschlecht und Alter, noch nach sozialer und ethnischer Herkunft.

Kostenentwicklung bei Psychopharmaka in der ambulanten Versorgung in Millionen Euro:

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1534,2	1660,7	1780,2	1710,5	1955,5	2063,2	2209,1	2262,4

15. Ist es zutreffend, dass der geringe Anteil von nur noch rund 20 Prozent der Ausgaben bei den Psychiatern/Nervenärzten für die psychiatrische Grundversorgung vielerorts zu langen Wartezeiten auf einen Facharzttermin von mehreren Monaten führt?

Was plant die Bundesregierung, um diesen Missstand zu beseitigen?

16. Wie hoch ist der Anteil in der ambulanten ärztlichen psychiatrischen Versorgung, der auf die psychotherapeutische Behandlung entfällt?

Die Fragen 15 und 16 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet:

Dem BMG liegen keine hinreichend validen und vollständigen Daten darüber vor, in welchem Umfang von den betreffenden Arztgruppen einzelne Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tatsächlich erbracht und abgerechnet werden. Insofern kann das BMG zum Ausgabenanteil psychiatrischer Leistungen der Grundversorgung keine Angaben machen.

Das BMG hat sich aber hinsichtlich des Anteils der ambulanten ärztlichen Versorgung, der auf die psychotherapeutische Versorgung entfällt, an die Kassenärztliche Bundesvereinigung gewandt. Von dort wurde mitgeteilt, dass hierzu der Honoraranteil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der sonstigen, ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten gewählt worden sei. Auf die Ärztinnen und Ärzte der gesamten Gruppe entfielen im Jahr 2009 ein Honoraranteil von 4,84 Prozent am Gesamthonorar aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Der insgesamt auf die psychotherapeutischen Gebührenordnungspositionen der Gebührenordnungskapitel 22 (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), 23 (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) und 35 (Leistungen der Psychotherapie) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) entfallende Honoraranteil über alle Arztgruppen habe 6,42 Prozent betragen.

Ausgehend von der Annahme, dass Fachärzte für Psychiatrie bzw. Fachärzte für Nervenheilkunde im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung neben den Leistungen ihres Fachgebietes, abgebildet in den Gebührenordnungskapiteln 21 (Psychiatrie) bzw. 16 (Neurologie), Leistungen der Psychotherapie abrechnen, erscheint anhand der zur Verfügung gestellten Daten grundsätzlich der in der Fragestellung angeführte Anteil von etwa 20 Prozent der Ausgaben für die psychiatrische Grundversorgung nicht nachvollziehbar.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass mit der zum 1. Juli 2010 erfolgten Revision der seit dem 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Honorarreform die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen Maßnahmen getroffen hat, die dazu beitragen, dass die Regelversorgung gestützt und eine Vergütung der arztgruppenspezifischen Versicherten- bzw. Grundpauschalen in

ausreichendem Umfang gewährleistet wird. Gefördert wird damit die Grundversorgung, folglich auch die psychiatrische Grundversorgung.

Unabhängig hiervon hat das BMG die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen mit Schreiben vom 7. Juni 2010 ausdrücklich auf ihre Verpflichtung hingewiesen, die Auswirkungen des Beschlusses zu Neuerungen der Honorarverteilung insbesondere auf die vertragsärztlichen Honorare und die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen zu analysieren und falls erforderlich, zeitnah alle notwendigen Anpassungen vorzunehmen. Das BMG wird diesen Prozess weiterhin aufmerksam beobachten.

17. Wie viele Ausgaben aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch entfielen auf die Behandlung von chronisch psychisch Kranken in den einzelnen Versorgungsbereichen?

Die Ausgaben der GKV für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen lassen sich aus den vorliegenden Daten nicht separat ermitteln (siehe Antworten zu den Fragen 10 und 14).

18. Wie hoch lagen die Anteile der Behandlungskosten für die Behandlung von Suchtfolgeerkrankungen?

Der Begriff „Suchtfolgeerkrankungen“ wird unterschiedlich verwendet. Im engeren Sinne werden darunter alle die Erkrankungen verstanden, die direkt mit einem problematischen, missbräuchlichen oder abhängigen Suchtmittelkonsum zusammenhängen. Behandlungen und Beratungen für diesen eher eng gefassten Bereich sind beispielsweise Entzug, Entwöhnung, Substitutionsbehandlung, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen, Nachsorgemaßnahmen sowie die allgemeine Beratung. Diese Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen finden unter anderem statt in den Bereichen ärztliche Behandlung, Medizinische Rehabilitation für Suchtkranke und psychosoziale Hilfen für Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum. In einem weiteren Sinne werden unter „Suchtfolgeerkrankungen“ aber auch alle Erkrankungen und Verletzungen verstanden, die z. B. durch Alkohol/Drogen im Straßenverkehr oder aufgrund von Alkohol/Drogen und Gewalt sowie durch suchtmittelbedingte Verletzungen und Infektionen entstehen. Im Bereich der illegalen Drogen sind neben den eng oder weiter gefassten Behandlungskosten auch die anderen Kosten der öffentlichen Hand von Interesse.

Mit der vom BMG geförderten Studie „Öffentliche Ausgaben im Bereich illegaler Drogen“ liegt für Deutschland eine systematische Aufstellung über die Kosten vor, die den öffentlichen Haushalten und den Sozialversicherungsträgern durch Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen entstehen. Der Studie zufolge konnten die Kosten der öffentlichen Hand aufgrund des vielfältig gegliederten deutschen Hilfesystems im Bereich der Behandlung von Suchtkranken nur geschätzt werden. Die Kosten im Bereich der Sozialversicherungsträger im Jahr 2006 liegen dabei bei rund 1,6 Mrd. Euro. Der Anteil der Deutschen Rentenversicherung im Zusammenhang mit illegalen Drogen für medizinische Rehabilitationen, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Renten wegen Erwerbsminderung machte etwa 172 Mio. Euro aus. Der größere Anteil der Sozialversicherungsträger – die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Medikation, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationen etc. im Zusammenhang mit illegalen Drogen – wurde für das Jahr 2006 auf etwa 1,4 Mrd. Euro hochgerechnet. Hinzu kommen Ausgaben auf der Ebene der Gebietskörperschaften, die zum Teil auch für den Bereich der Behandlungen relevant sind. Insgesamt handelt es sich deshalb um eine Unterschätzung der tatsäch-

lichen Ausgaben, auch weil nicht alle angesprochenen Institutionen Daten zu Verfügung stellen konnten und bei den angestellten Berechnungen eher auf konservative Schätzungen zurückgegriffen wurde. Der Kurzbericht sowie die gesamte Studie können im Internet unter www.drogenbeauftragte.de abgerufen werden.

19. Wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der Bertelsmann Stiftung zu psychischen Beschwerden von 18- bis 79-Jährigen, die einen Hausarzt aufgesucht haben und dort der Befragung zufolge nur in seltenen Fällen eine adäquate Diagnostik, Behandlung oder Überweisung zur Weiterbehandlung erhielten?
20. Hat die Bundesregierung Grund zu der Annahme, dass im Rahmen der primärärztlichen Versorgung Patienten mit psychischen Beschwerden inzwischen umfassendere Hilfe erhalten?
21. Was plant die Bundesregierung zu tun, um die Qualität der primärärztlichen Versorgung hinsichtlich der Erkennung und des Umgangs mit solchen Patienten zu verbessern?

Die Fragen 19, 20 und 21 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine Bewertung der Konzeption, Methodik und der Ergebnisse der hier angesprochenen Patientenbefragung der Bertelsmann Stiftung unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten ist nicht Aufgabe der Bundesregierung. Soweit aber die Ergebnisse der Befragung darauf hinweisen, dass der Hausarzt für die meisten Patienten mit psychischen Beschwerden zwar die erste Anlaufstelle ist, deren psychische Beschwerden im Rahmen der hausärztlichen Untersuchung und Beratung vom Patienten aber zu selten thematisiert bzw. vom Hausarzt diagnostiziert und dementsprechend weiterbehandelt werden, spricht die Erhebung dafür,

1. die Aufklärung und Information der Bevölkerung sowie den Abbau der Tabuisierung psychischer Erkrankungen zu fördern,
2. den Stellenwert psychischer Erkrankungen in der Weiter- und Fortbildung von Haus- und Allgemeinärzten zu stärken und
3. die Kooperation und Vernetzung der hausärztlichen Versorgung mit der weiterführenden Sekundärversorgung im fachärztlichen Bereich zu stärken.

Diese Zielstellungen werden seit Jahren mit vielfältigen Maßnahmen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene angegangen. Das BMG fördert für die bevölkerungsweite Information und Aufklärung über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten das nationale Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit, unter dessen Dach zahlreiche zentrale und regionale Maßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit und zur Enttabuisierung psychischer Erkrankungen umgesetzt werden (www.seelischegesundheit.net). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung berücksichtigt das Thema psychische Gesundheit als Querschnittsthema in ihren verschiedenen Arbeitsschwerpunkten.

Die ärztliche Selbstverwaltung hat die Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen als einen integralen Bestandteil des ärztlichen Handelns in allen Sektoren und Disziplinen definiert. Dementsprechend berücksichtigen die für die Weiter- und Fortbildung zuständigen Landesärztekammern einschlägige thematische Schwerpunkte in ihren Fortbildungscurricula.

Die vom Bundesgesetzgeber mit den Gesundheitsreformgesetzen der letzten zehn Jahre geschaffenen gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Kooperation und Vernetzung (z. B. Integrierte Versorgung nach § 140a ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V, Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V) werden in den letzten Jahren durch die Selbstverwaltung auch im Bereich psychischer Erkrankungen verstärkt aufgegriffen. Zu Verbesserungen in der Vernetzung und Kooperation des primärärztlichen Bereichs mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungserbringern („Sekundärarztbereich“) tragen auch regionale „Bündnisse gegen Depression“ bei, die unter dem Dach des Deutschen Bündnis gegen Depression, einem Transferprojekt des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung angestoßenen und geförderten Kompetenznetz Depression, etabliert worden sind.

Soweit sich die oben genannten Fragen auf die Qualitätssicherung bei der ärztlichen Leistungserbringung beziehen, gilt, dass die Gestaltungshoheit für Maßnahmen der Qualitätssicherung nach den gesetzlichen Vorgaben dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) obliegt. Der G-BA hat dabei auch zu entscheiden, für welche Versorgungsbereiche Anforderungen gestellt und Qualitätsmessungen und Bewertungen durchgeführt werden. Auch Regelungen zur Gestaltung der Qualitätssicherung im primärärztlichen Bereich der psychiatrischen Versorgung fallen grundsätzlich in die Verantwortlichkeit des G-BA. Die Vorgaben des G-BA zur Qualitätssicherung sind für die Leistungserbringer verbindlich.

22. Welche gesundheitspolitischen Ziele verfolgt die Bundesregierung bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen?

Die Bundesregierung gestaltet die (bundes-)gesetzlichen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems. Als ein übergeordnetes Ziel verfolgt sie dabei die Gewährleistung einer an wissenschaftlicher Evidenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit orientierten Versorgung in den Bereichen der gesundheitlichen Prävention, der Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Pflege. Grundsätzlich soll daher das in Deutschland bestehende Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit seinen vielfältigen und differenzierten Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen erhalten und weiterentwickelt werden.

Aus Sicht der Bundesregierung ist bei den zukünftigen Entwicklungen das Prinzip der Personenzentrierung durch Flexibilisierung und Individualisierung der Versorgung weiter zu stärken. Besondere Bedeutung erfährt dabei die Erprobung und Implementierung innovativer Versorgungsmodelle nach den vom Bundesgesetzgeber bereits geschaffenen Vertragsmöglichkeiten (z. B. Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V oder Verträge nach § 73c SGB V zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung) oder auch grundsätzlich neuartiger Finanzierungsformen (z. B. sektorenübergreifende „Regionalbudgets“), die nicht nur zu einer Steigerung der Qualität durch mehr Kooperation und Koordination der Leistungen, sondern auch zu mehr Wirtschaftlichkeit beitragen können. Die von der Bundesregierung geförderten Projekte in der epidemiologischen sowie in der Therapie- und Versorgungsforschung (siehe Antwort zu den Fragen 2 bis 8) liefern dabei wichtige Datengrundlagen für die Weiterentwicklung und Umsetzung von Versorgungskonzepten und Vertragsformen durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Darüber hinaus sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, die Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern zu optimieren. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz hat der Gesetzgeber einen Zeitplan zur Einführung eines pauschalierenden, leistungsorientierten Entgelt-

systems für den Bereich der voll- und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen festgelegt. Bei der Entwicklung dieses Entgelt-systems wird auch geprüft werden, inwieweit auch die im Krankenhaus ambu-lant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V in das neue Entgeltsystem integriert werden können.

Beabsichtigt ist mittel- und langfristig eine sektorenübergreifende Flexibilisie-rung der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen, wie sie von Experten und Wissenschaftlern, u. a. auch vom Sach-verständigenrat gefordert wird. Dabei ist der Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfeleistung weiter zu stärken, um den betroffenen Menschen, auch denen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, ein Leben möglichst außerhalb von Institutionen zu ermöglichen.

Die Bundesregierung hält es des Weiteren für notwendig, zeitnah zu diesen Entwicklungsprozessen eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung für den Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zu implementie-ren. Dementsprechend hat das BMG den G-BA gebeten, sektorenübergreifende aussagekräftige Qualitätsindikatoren für die Psychiatrie und Psychosomatik zu entwickeln und zu implementieren, um auf diese Weise die Messung und Bewertung der Versorgungsqualität in diesem Bereich zu ermöglichen. Zur Entwicklung solcher Qualitätsindikatoren kann der G-BA das Institut nach § 137a SGB V (AQUA-Institut, Göttingen) beauftragen.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der Bundesregierung zur Bekämpfung psy-chischer Erkrankungen liegt in der Stärkung der Prävention und Gesundheits-förderung. Da sowohl die primäre als auch die sekundäre Prävention (also die frühzeitige Erkennung) psychischer Störungen eng mit der Problematik der gesellschaftlichen Tabuisierung und Stigmatisierung psychischer Störungen verknüpft ist, unterstützt die Bundesregierung im Rahmen der Öffentlichkeits-arbeit vielfältige Maßnahmen zur Aufklärung und Sensibilisierung der Öffent-lichkeit mit dem Ziel, psychische Erkrankungen zu enttabuisieren und Be-troffene vor Diskriminierung und Ausgrenzung zu schützen. Die gesellschaft-liche Inklusion von Menschen mit psychischen Behinderungen soll mit der Umsetzung eines nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behinder-tenrechtskonvention weiter verbessert werden.

Angesichts der Zunahme diagnostizierter psychischer Störungen insbesondere bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern spielt die Prävention und Gesund-heitsförderung im Setting der Arbeitswelt eine zunehmend große Rolle. Dem-entsprechend haben die gesetzlichen Krankenkassen die Reduktion von psychi-schen und Verhaltensstörungen und die Förderung psychischer Gesundheit gegenwärtig als das vorrangige gemeinsame Präventionsziel in der betrieblichen Gesundheitsförderung, die mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) zu einer Pflichtleistung aufgewertet wurde, definiert.

23. Wie wird die Zusammenarbeit zwischen der Bundespolitik und den Bundesländern zur Psychiatriepolitik gesteuert?

Nach welchen Indikatoren wird die Qualität regionaler psychiatrischer Versorgung überprüft, und durch wen werden diese Indikatoren fest-gelegt?

Die Länder haben in der Gesundheitspolitik – dies betrifft auch die Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – weit reichende eigene Kompetenzen. Bei den Angelegenheiten, die in der Regelungskompetenz des Bundes liegen, nehmen die Länder Einfluss auf deren Ausgestaltung über den Bundesrat. Auf Fachebene erfolgt der Austausch und die Koordinierung der Zusammenarbeit

zwischen Bund und Ländern in dem dafür vorgesehen Gremium, der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Die AOLG arbeitet ihrerseits unmittelbar der Amtschefkonferenz (ACK) zu, die die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vorbereitet. In der GMK findet neben dem fachlichen auch der politische Austausch zu Fragen der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung statt.

Zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch den G-BA siehe Antwort zu Frage 22.

24. Über welche Erkenntnis verfügt die Bundesregierung zu den volkswirtschaftlichen Folgekosten von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen durch
- a) steigende Fehltag infolge einer psychischen Erkrankung,

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) schätzt jährlich die volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle und den Ausfall an Bruttowertschöpfung anhand der Arbeitsunfähigkeitstage der Krankenkassen. Für 2008 wurde ein Ausfall der Produktion von insgesamt 43 Mrd. Euro bzw. der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 78 Mrd. Euro geschätzt. Die geschätzten Produktionsausfälle machen insgesamt einen Anteil von 1,7 Prozent vom Bruttonationaleinkommen aus. Der Anteil der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ liegt bei 0,2 Prozent oder 3,9 Mrd. Euro. Der geschätzte Ausfall an Bruttowertschöpfung weist insgesamt einen Anteil von 3,1 Prozent am Bruttonationaleinkommen auf. 0,3 Prozent oder 7,0 Mrd. Euro entfallen dabei allein auf die psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen.

- b) Frühberentungen wegen einer psychischen Erkrankung?

Der Anteil der psychischen Erkrankungen bei den Frühverrentungen ist von 21,8 Prozent im Jahr 1998 auf 35,6 Prozent im Jahr 2008 kontinuierlich angestiegen. Die absoluten Frühverrentungszugänge sind in dieser Diagnosegruppe im selben Zeitraum von 51 795 auf 57 411 gestiegen. Die jährlichen direkten Kosten (Krankheitskosten) bei der arbeitsbedingten Erwerbsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen werden auf 129 Mio. Euro geschätzt. Die indirekten Kosten (Verlust an Erwerbsjahren) bei der arbeitsbedingten Erwerbsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen werden auf etwa 1,5 Mrd. Euro geschätzt (Quelle: BKK-Broschüre: Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentungen in Deutschland).

